ITEM 228 : ULCÈRE DE JAMBE

Ulcère de jambe = perte de substance cutanée dermique évoluant depuis une durée ≥ **1 mois.**
- Généralement **d'origine vasculaire** : complication d'une maladie vasculaire sous-jacente conditionnant le pronostic et le traitement.
- Fréquent (↗ avec l'âge), invalidant, responsable de nombreuses hospitalisations.
- Prévalence augmente avec l'âge : 1 % de 60 à 70 ans, 2-5 % > 80 ans, prédominance féminine pour l'ulcère veineux (1/1,6).

<table>
<tr><td rowspan="6">DG</td><td>Ulcère</td><td colspan="3">- Nombre d'ulcères, taille, siège (péri-malléolaire interne/externe…), uni- ou bilatéral.
- Fond : propre ou surinfecté, purulent, bourgeonnant, en voie de cicatrisation ou recouvert d'un enduit jaunâtre adhérent (fibrine), voire d'une zone nécrotique noirâtre.
- Bords : souples au même niveau que l'ulcère (de bon pronostic)/durs et saillants (retard de cicatrisation).</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Peau péri-ulcéreuse</td><td colspan="3">= Rarement normale : reflet des complications cutanées de la maladie vasculaire.</td></tr>
<tr><td>Artériopathie</td><td colspan="2">- Peau luisante, dépilée, froide.
- Pâleur à la surélévation du pied
- Allongement du temps de recoloration pulpaire.
- Érythrocyanose de déclivité.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Insuffisance veineuse</td><td>Lésions dermo-épidermiques</td><td>- Plaques érythémato-squameuses (= eczéma variqueux), prurigineuses, débutant en région malléolaire interne +/- extension au reste de la jambe.</td></tr>
<tr><td>Lésions de capillarite</td><td>- Dermite ocre : larges macules malléolaires internes ou des faces antérieures des tibias, rouge violacé puis rapidement brun (dépôts d'hémosidérine).
- Atrophie blanche : plaque de petite taille, irrégulière, atrophique, de couleur ivoire, parfois parcourues de fines télangiectasies, souvent douloureuse → risque ulcéreux important.
- Capillarite hypertrophique : aspect de chevelus capillaires malléolaires ou du dos du pied.</td></tr>
<tr><td>Lésions d'hypodermite</td><td>- Hypodermite aiguë ou subaiguë : grosse jambe rouge et douloureuse, d'apparition progressive, non fébrile.
- Lipodermatosclérose (hypodermite scléreuse) = suite à des épisodes d'hypodermites aiguës ou d'emblée, insidieuse : mollet dur, peau scléreuse, souvent pigmentée, impossible à pincer (= guêtre rétractile).</td></tr>
<tr><td>Examen vasculaire</td><td colspan="3">- Atcds de varices, thromboses veineuses profondes ou superficielles, EP, trauma/chirurgie du MI, FdRCV.
- Atcds obstétricaux, autres atcds médico-chirurgicaux.
- Signes d'insuffisance veineuse essentielle ou post-thrombotique : sensation de lourdeur de jambe, phlébalgie, œdème vespéral, plus rarement crampe au repos.
- Signes d'artériopathie : claudication intermittente, douleurs de décubitus.
- Examen artériel : palpation des pouls, auscultation des artères des membres et du cou, IPS.
- Examen veineux : recherche de varices en position orthostatique, de télangiectasies, de veines réticulaires, d'une couronne phlébectasique de la cheville et du pied.
- Recherche de cicatrices d'anciens ulcères.
- Recherche de signes de dénutrition.
- Echo-Doppler veineuse et/ou artérielle systématique avec mesure de l'IPS = pression tibiale antérieure ou postérieure/pression humérale (N = 1 à 1,3) : examen paraclinique central.</td></tr>
<tr><td>Évaluation du handicap</td><td colspan="3">= Diminue les chances de succès thérapeutique et de récupération fonctionnelle en cas d'handicap : ankylose de cheville (2ndr à un ulcère), coxarthrose, gonarthrose, déformation orthopédique des pieds…</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="5">CAUSE VASCULAIRE</td><td colspan="4">Orientation diagnostique</td></tr>
<tr><td>Cause</td><td>Ulcère veineux</td><td>Ulcère artériel</td><td>Angiodermite nécrotique</td></tr>
<tr><td>Généralités</td><td>Le plus fréquent = 80 %
Souvent post-thrombotique (50 %)</td><td>Présence d'une artériopathie</td><td>Infarctus cutané par atteinte artériolaire</td></tr>
<tr><td>Terrain</td><td>Insuffisance veineuse, atcds TVP/TVS, varices
Femme > 50 ans (SR 1,5), surpoids</td><td>FdR CV, sujet polyartériel
Homme > 50 ans</td><td>HTA, diabète</td></tr>
<tr><td>Historique</td><td>Souvent ancien et récidivant</td><td>Habituellement récent</td><td>Récent
Traumatisme minime initial</td></tr>
<tr><td>Signes associés</td><td>Peu algique
Œdème, lourdeur de jambe</td><td>Algique
AOMI symptomatique</td><td>Très algique</td></tr>
</table>

	Siège	**Unique**, **péri-malléolaire** jusqu'au **1/3 inférieur du mollet**	Variable, souvent **multiples** **Suspendu** ou **distal** (orteils) Pied+	**Suspendu**, à la **face antéro-externe de la jambe à la partie inférieure**
	Douleur	Moyennement douloureux	Intense Intensité ↗ en décubitus	Constante, majeure, insomniante
	Aspect	Peu creusant, superficiel, rouge foncé, très exsudatif	Creusant, fond atone, pâle, sec, pouvant mettre à nu les structures sous-jacentes	Nécrotique, superficiel, noirâtre, d'extension rapide
	Contours	Bords irréguliers	Bords abrupts (« à l'emporte-pièce »), nets et réguliers	Irréguliers, pourtour cyanique et livédoïde
	Taille	Souvent étendu, circonférentiel	Variable De petite taille le plus souvent	Variable
	Téguments péri-ulcéreux	Eczéma, atrophie blanche, dermite ocre, hypodermite, œdème (plus marqué si syndrome post-phlébitique), Lipodermatosclérose	Peau fine, atrophique, lisse, fragile, dépilée Pied froid, ongles cassants Érythrocyanose de déclivité Allongement du temps de recoloration Déshabitation des pulpes digitales/coques talonnières	
	Examen vasculaire	Anomalies veineuses à l'échodoppler IPS normal (ou 0,7-0,9 si ulcère mixte), pouls présents	Pouls absents, ↘ IPS, anomalie à l'échodoppler artériel, ↘PO_2 transcutanée → **angiographie**	Pouls présents, IPS normal ou élevé, axe artériel et veineux normaux
	Évolution	Cicatrise sous 3-6 mois si varices, plus long si post-TVP Chronicité, récidive	Bon pronostic si TTT précoce Complication sinon	**Cicatrisation constante** **Récidives fréquentes**
	Ulcère veineux	= Hyperpression cutanée par stase veineuse secondaire à : - Reflux dans les veines superficielles, perforantes (**incompétence valvulaire superficielle et varices dans la maladie veineuse essentielle).** - Reflux dans les veines profondes et/ou obstruction des veines profondes : **post-thrombotique.** **- Déficience de la pompe musculaire du mollet.** → Souffrance microcirculatoire et tissulaire (hypoxie locale) → Troubles trophiques. → Un traumatisme minime peut alors être à l'origine de l'ulcère. **Physiopathologie de la microangiopathie veineuse** mal élucidée : - Capillaires cutanés dilatés et raréfiés, détruits suite à une adhérence et activation des leucocytes dans la microcirculation → Production de radicaux libres et d'enzymes toxiques. - Manchons péri capillaires de fibrine : piégeage des facteurs de croissance réduisant les capacités de cicatrisation de la peau, altération de la barrière endothéliale. - Dilatation capillaire + fuite capillaire + œdème → Microangiopathie lymphatique par surcharge. **Echo-Doppler Veineuse** (réalisée debout) : confirme le diagnostic d'ulcère veineux + précise le mécanisme (reflux/obstruction) + localise + oriente le traitement : - Syndrome de reflux superficiel : niveaux de fuite et topographie des perforantes. - Syndrome de reflux profond : quasi synonyme de syndrome post-thrombotique. - Syndrome obstructif profond : processus thrombotique ancien mal reperméabilisé, ou thrombose récente.		

	Ulcère artériel	= Ischémie critique par défaut de perfusion artérielle → **hypoxie tissulaire ischémique.** Il faut rechercher : des douleurs de décubitus, une diminution de la chaleur cutanée, un allongement du temps de recoloration cutanée, une déshabitation des pulpes digitales et des coques talonnières et des coques talonnières. **Echo-Doppler artérielle** (aorte et artères des membres inférieurs) **:** - Confirme l'AOMI montre le niveau, le type des lésions, le retentissement d'aval. - Mesure de **l'IPS** (AOMI si IPS < 0,9). - Recherche un anévrysme de l'aorte abdominale, source d'emboles vasculaires**.** **Imagerie artérielle en cas de revascularisation : angioTDM, AngioIRM, voire angiographie** - Indispensable à la décision opératoire (AngioIRM +++ si localisation aux artères jambières). - Précise le siège, sa longueur et dépiste les plaques athéromateuses susceptibles d'emboliser. **Pressions distales et PO_2 transcutanée :** - Reflet de l'oxygénation de la peau. - Mesure prise en compte dans la décision et le niveau d'une éventuelle amputation. - La pression de cheville est souvent faussement normale ou élevée (diabète, IRC, grand âge on parle de médiacalcose) : intérêt de la pression d'orteil. → Si ischémie critique (PAS < 50 mmHg à la cheville ou < 30 mmHg au gros orteil, TcPO2 <30 mmHg) hospitalisation en milieu spécialisé.
	Ulcère mixte à prédominance veineuse	= De mécanisme essentiellement veineux, associé à une composante artérielle (AOMI) n'expliquant pas à elle seule l'ulcère (IPS entre 0,7 et 0,9) : fréquent, revascularisation nécessaire. - Ulcère d'allure veineuse, ne cicatrisant pas sous traitement en raison de l'ischémie de repos. **- IPS systématique devant un ulcère veineux :** • **IPS = 0,9-1,3 : ulcère veineux pur.** • **IPS = 0,7-0,9 : ulcère mixte à prédominance veineuse.** • **IPS > 1,3 : artères calcifiées incompressibles (diabète).** - Echo-Doppler veineux complété par artériel si : pouls abolis, signes d'AOMI et/ou IPS < 0,9 ou > 1,3.
	Angiodermite nécrotique	- Entité anatomo clinique : infarctus cutané secondaire à une **occlusion artériolaire** (artériolosclérose des vaisseaux du derme). - Généralement chez la **femme** > 60 ans, sur un terrain d'**HTA et diabète.** - Début brutal avec plaque purpurique ou livédoïde extensive, évolution rapide vers une nécrose noirâtre puis une ou plusieurs ulcération(s) superficielle(s), bords irréguliers (en « carte de géographie »), suspendue face antéro-externe de la jambe. Présence d'un halo péri-ulcéreux cyanique et livédoïde. - Douleurs très importantes, insomniantes. → Éliminer une nécrose cutanée par vascularite : **bilan immunologique** (FAN, ANCA, cryoglobuline…) **négatif**. Intégrité des grands axes vasculaires veineux et artériels.
CAUSE NON VASCULAIRE	- Plus rares, diagnostic sur prélèvements spécifiques (bactériologiques, mycologiques, biopsiques). - A évoquer si : • Examen artériel et veineux normaux ou subnormaux. • Absence de cicatrisation > **2-3 mois** de TTT. • Évolution ulcérante rapide. • Siège atypique. • Anomalie du **fond** (bourgeonnement hypertrophique…), du **bord** ou de la **périphérie.**	
	Infection	- Infections chroniques profondes pouvant se manifester par une ulcération chronique : **mycobactériose dont tuberculose, mycose profonde, parasitose tropicale (leishmaniose…)** - **Ecthyma (Strepto type SBGA) :** petite ulcération à périphérie érythémateuse succédant à une croûte noirâtre.
	Hémopathie	- Ulcération souvent superficielle et nécrotique : **syndrome myéloprolifératif (Vaquez, thrombocytémie), dysglobulinémie.** - Ulcère chez le sujet jeune : **anémie hémolytique congénitale** (drépanocytose, thalassémie).
	Carcinome	- Tumeur ulcérée (mélanome, CBC, carcinome épidermoïde). - Ou cancérisation (carcinome épidermoïde) d'un ulcère chronique. → **Biopsie cutanée** de tout ulcère non guéri après plusieurs mois de traitement.
	Pyoderma gangrenosum	= Cause inflammatoire. - Lésion élémentaire : pustule → rapidement ulcération douloureuse superficielle avec clapiers purulents au centre, avec un bourrelet périphérique inflammatoire, à extension centrifuge rapide. - Associé dans 2/3 des cas à une pathologie : **cancer**, **hémopathie** (syndrome myéloprolifératif, myélodysplasie) ou **maladie inflammatoire chronique de l'intestin** (1/3 à 2/3 des cas).
	Neurotrophique	- Complication d'une neuropathie évoluée des membres inférieurs, avec altération de la sensibilité. - Ulcère **indolore** de la plante du pied (**zone d'appui** : talon, tête des métatarsien), sur **hyperkératose.**
	Iatrogène	- Prise médicamenteuse au long cours : **hydroxy-urée, IFN γ.** - **Ulcères fibreux rebelles,** cicatrisent lentement à l'arrêt (quelques semaines).

<table>
<tr><td></td><td>Vascularites cutanées</td><td colspan="2">- Purpura nécrotique avec ulcération secondaire.
- Vascularites cutanées (leucocytoclasiques), systémiques (PAN, PR, GPA, lupus, cryoglobulinémie), SAPL, emboles des cristaux de cholestérol.</td></tr>
<tr><td></td><td>Pathomimie</td><td colspan="2">- Diagnostic d'élimination : à évoquer si ulcères rebelles, d'aspect inhabituel, chez un sujet jeune.</td></tr>
<tr><td>DD</td><td colspan="3">- Mal perforant plantaire = ulcère neurotrophique.
• Complique une neuropathie des membres inférieurs évoluée.
• Plus fréquent chez l'homme, aux zones d'appui de la plante du pied : talon, tête des métatarsiens.
• Indolore, débute par une hyperkératose qui s'ulcère.
• Causes : diabète, neuropathie sensitive familiale (acropathies ulcéromutilantes, maladie de Thévenard) ou acquise (intoxication éthylique, lèpre), anomalies médullaires (trauma, spina bifida).
- Ulcération tumorale : carcinome épidermoïde, carcinome basocellulaire, lymphome, plus rarement mélanome ulcéré.</td></tr>
<tr><td colspan="2">ÉVOLUTION</td><td colspan="2">- Ulcère variqueux : généralement favorable avec cicatrisation en 3-6 mois, risque de récidive et passage à la chronicité.
- Ulcère post-thrombotique : de moins bon pronostic (trouble péri-ulcéreux important, perturbations hémodynamiques, traitement étiologique plus difficile).
- Ulcère artériel : cicatrisation seulement si revascularisation possible (pontage, dilatation…)
→ Ulcère évolué ou après phénomène ischémique aigu sans possibilité de revascularisation : décision d'amputation parfois nécessaire (importance de la douleur, risque septique (gangrène gazeuse) et de décompensation viscérale (rhabdomyolyse, hyperkaliémie…))</td></tr>
<tr><td rowspan="5">CPC</td><td>Dermatite de contact</td><td colspan="2">= Fréquente, principalement avec baume du Pérou, antiseptique, fragrance, lanoline, parfums, conservateurs et certains pansements modernes.
- Érythème micro-vésiculeux prurigineux : limité au début à la zone d'application du produit topique, possible diffusion à distance.
- Diagnostic : tests épicutanés, mais DD difficile avec dermatite de stase car souvent intriqués.</td></tr>
<tr><td>Surinfection microbienne</td><td colspan="2">- Colonisation = constante, non pathologique : aucun prélèvement ni antibiotiques systématiques.
- Infection cutanée = dermohypodermite bactérienne, rarement fasciite nécrosante ou gangrène gazeuse (surtout dans les ulcères artériels) : ↗ douleur, inflammation des bords, lymphangite, fièvre.
- Prévention du tétanos : SAT/VAT systématique.</td></tr>
<tr><td>Lésion ostéo-articulaire</td><td colspan="2">- Modifications ostéoarticulaires fréquentes : périostite, puis ostéo-périostite, aboutissant à l'ankylose de cheville.
- Position antalgique à l'origine d'attitudes vicieuses (parfois très difficile à corriger).</td></tr>
<tr><td>Hémorragie</td><td colspan="2">= Ulcère veineux (par saignement d'une varice) : spectaculaire, mais généralement contrôlé par la simple compression prolongée et une surélévation transitoire du membre.</td></tr>
<tr><td>Carcinome épidermoïde</td><td colspan="2">= Rare et tardif, mais non exceptionnel → biopsie cutanée assez profonde (parfois répétée) si :
- Chronicité de l'ulcère. - Hémorragie locale.
- Apparition de douleurs. - Bourgeonnement excessif de la plaie initiale.</td></tr>
<tr><td rowspan="6">TTT</td><td>TTT symptomatique</td><td colspan="2">- Antalgique local et systémique adapté, notamment avant les soins.
- Kinésithérapie : lutte contre l'ankylose de cheville, les positions vicieuses, rééducation à la marche…</td></tr>
<tr><td>Mesures associées</td><td colspan="2">- SAT/VAT : 2/3 des cas de tétanos ont pour porte d'entrée un ulcère de jambe.
- Mesures hygiéno-diététiques : sevrage tabagique, prise en charge des FdRCV, activité physique.
- Recherche et correction d'une dénutrition (surtout en cas de retard à la cicatrisation).
- Anticoagulation préventive par HPBM si besoin.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">TTT local</td><td colspan="2">3 phases s'enchaînent dans le processus de cicatrisation : détersion, bourgeonnement, épidermisation.
- Avant toute manipulation : analgésie locale ± systémique et nettoyage au savon.</td></tr>
<tr><td>Détersion</td><td>- Nettoyage à l'eau/au sérum physiologique (eau stérile inutile), éviter les d'antiseptiques/antibiotiques locaux.
- Détersion mécanique (bistouri, curette, ciseau) sous antalgique, MEOPA, AL voire ALR (attention, jamais en phase aiguë d'une angiodermite nécrotique, et à éviter dans les ulcères artériels surtout si non revascularisé).
- Facilitée par hydrogels et alginates si plaie sèche (laissé en place 48 à 72 h en l'absence d'infection et selon le suintement).</td></tr>
<tr><td>Bourgeonnement
Réépithélisation</td><td>- Pansement gras (tulle gras vaseliné) sans substance sensibilisante.
- Hydrocolloïde, hydrocellulaire, interface (peuvent être laissés plusieurs jours, maintiennent un milieu humide, pH et oxygénation optimaux).
- Alginates de calcium (hémostatiques), hydrofibres : si exsudation importante (risque de dermite péri-ulcéreuse de macération et d'extension).</td></tr>
<tr><td>Greffe cutanée</td><td>= Greffes en pastilles ou en filet.
- Effet antalgique (angiodermites nécrotiques), accélère la cicatrisation.
- Indication : résistance au traitement > 6 mois ou grande taille > 10 cm².</td></tr>
</table>

		En cas d'ulcère à caractère inflammatoire	= **Pansement à l'argent** si évocateur d'une forte colonisation bactérienne : - Plaie malodorante. - Érythème péri-lésionnel. - Exsudat abondant**.**
	TTT étiologique (toujours associé)	Veineux	- **Compression élastique par bande** (puis bas/chaussettes), multicouches, toute la journée, à haut niveau de pression (**30-40 mmHg)** systématique si IPS entre 0,8 et 1,3 (**PAS si IPS < 0,6, stade d'ischémie critique ou microangiopathie diabétique à un stade évolué**). **Surveiller l'observance (adhésion de 50 % à la compression).** - Avis spécialisé en cas de maladie post-thrombotique. - **Éveinage** dans les insuffisances veineuses superficielles sans obstruction ni reflux veineux profond axial**.** Sclérothérapie parfois utilisée en complément de la chirurgie mais pas d'études prouvant son efficacité dans le traitement des ulcères veineux. - **Greffes** en pastilles ou en filet si ulcères **résistants ≥ 6 mois ou de taille > 10 cm^2.** - **Veinotoniques :** symptomatique, aucun effet sur la cicatrisation**.** - **Crénothérapie :** traitement d'appoint.
		Mixte	- Prise en charge de l'AOMI. - **IPS entre 0,7 et 0,9** : **adapter la compression** (pression < 30 mmHg) : multicouche et multitype (avec bandes à étirement court = compression inélastique), sous surveillance médicale, le retrait de la compression doit être possible si intolérance. - **IPS < 0,6-0,7** : compression contre-indiquée.
		Artériel	- Prise en charge des FdRCV, **antiagrégants plaquettaires.** - **Revascularisation** selon le bilan hémodynamique (écho-Doppler, angioTDM-IRM, angiographie artérielle) : seul moyen d'obtenir une cicatrisation en cas d'ischémie chronique. **Désobstruction (voie endovasculaire), pontage, sympathectomie**. - **Vasodilatateurs** et analogues de la **prostacycline** (si non-indication ou contre-indication chirurgicale et ischémie grave).
		Angiodermite nécrotique	- **Antalgiques** (niveau 2 voire 3), **soins locaux** sous AL. - Prise en charge de l'HTA et du diabète. - **Greffe cutanée précoce** : aide à la cicatrisation, action antalgique.
	TTT des complications	- Allergie cutanée (eczématisation) : **éviction** de l'allergène, **dermocorticoïdes.** - Surinfection : **pansement à l'argent** (max 4 sem) si locale**, antibiothérapie** par voie générale si érysipèle/cellulite/lymphangite. - Pas de traitement curatif de la dermite ocre mais la contention peut éviter l'aggravation. - Tout ulcère ne cicatrisant pas doit faire évoquer une transformation carcinomateuse : il faut réaliser une biopsie de la zone suspecte au moindre doute.	
	Prévention	De l'ulcère	- Prévention de la maladie post-thrombotique : traitement correct des thromboses, prévention dans les situations à risque. - Traitement des varices à un stade non compliqué.
		De la récidive	- **Chirurgie de l'insuffisance veineuse superficielle** si non faite. - Port de **contention de classe 3** idéalement, ou de **classe 2** sinon.